INTERPRETAÇÕES DA AFETIVIDADE HUMANA[1]

Edward F. Foulks, M.D., Ph.D.
Professor-Adjunto de Psiquiatria e de Antropologia, Universidade de Pensilvânia, Filadélfia, Pa., EE.UU.[2]

Tradução de:

Zelia Sá V. Camurça[3]
Robert Paul Fockens[4]
Revisão da Tradução de:
Ignácio R. P. Montenegro[5]

Este trabalho investiga o tema da afetividade humana e os distúrbios a ela inerentes, dentro de uma perspectiva pluricultural. Outrossim, oferece um esquema teórico por meio do aqul é possível se examinar, mais detalhada e circunstancialmente, tipos específicos de afetividade no contexto de sociedades distintas.

Três são as disposições teóricas e metodológicas a serem aqui apreciadas: a médica, a cultural, e a etnopsiquiátrica. O modelo denominado médico visa a compreender a afetividade

1 Na sua forma original, em Inglgês, este trabalho foi publicado no **Journal of Operational Psychiatry**, vol. 10, n. 1, 1979, e aqui traduzido parcialmente.

2 M.D.C.M. pela McGill University, Canadá, 1962. Board Certification in Psychiatry, 1971. Ph.D. in Anthropology, University of Pennsylvania, U.S.A., 1972.

3 M.S. in Education, University of Pennsylvania, U.S.A. 1962. Professor Titular, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Federal do Ceará e Professor Adjunto, Centro de Humanidades, Universidade Estadual do Ceará.

4 B.S. in Biology, Loyola University, Los Angeles, U.S.A. Tradutor e Professor de Inglês.

5 M.A. in Linguistics, University of Michigan, Ann Arbor, 1962. Professor Assistente, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará.

e as perturbações de natureza afetiva como uma experiência fundamental e inerente aos seres humanos no mundo inteiro. Esse método de abordagem é, pela sua própria substância, essencialmente "ético".* Utiliza procedimentos de mensuração do afeto e dos distúrbios afetivos nas culturas ocidentais como instrumentos fundamentais na avaliação da presença do afeto e de desordens da afetividade em outras sociedades. Um segundo método de abordagem, o cultural, também parte da premissa de que a afetividade humana é universal. Entretanto, esse método também admite que possa existir uma certa dose de influência cultural. Isso quer dizer que padrões culturais influenciam fortemente a expressão e o reconhecimento dos modelos básicos de sentimentos humanos. Por exemplo, este modelo de abordagem seria fundamental para o estudo das diversas manifestações da ansiedade ou da depressão em grupos culturalmente diferenciados. Um terceiro método de abordagem, o etnopsiquiátrico, mantém o ponto de vista de que seres humanos são o que são por força da aprendizagem. Essa posição metodológica propõe a hipótese de que existe apenas um número relativamente reduzido de imperativos biológicos enquanto que a cultura, esta sim, determina e orienta modos de interação interpessoal (e intracultural) e padrões de comunicação, como também realidades próprias de um povo e a maneira peculiar de um grupo cultural classificar fenômenos que ocorrem no seu íntimo e em torno de si. Essa abordagem é por natureza "êmica"* e visa a descobrir classificações populares ("folk") e interpretações da própria vivência cultural.

---

* N. do T.

O conceito de "ético" neste trabalho se relaciona com a terminologia usada pela escola lingüística-antropológica liderada por Kenneth L. Pike. Para essa escola são "éticas" as manifestações lingüísticas ou comportamentais realizadas e observáveis na prática.

O conceito de "êmico" está ligado ao de "ético" e tem a mesma origem. Para a escola de Pike, são "êmicas" as unidades funcionais de um dado sistema e que subjazem como entidades teóricas, manifestando-se praticamente por meio de seus representantes "éticos".

Como exemplo podemos citar o ato comportamental relacionado com uso de talheres no Brasil. Para nós, durante as refeições, cortar a carne com a faca na mão esquerda é apenas uma variante "ética" do ato "êmico" de cortar a carne. Ao passo que tomar sopa com um garfo ou cortar a carne com uma colher são atos "éticos" que comprometem as unidades comportamentais "êmicas" em questão. (I.R.P.M.).

Questões e assuntos tais como personalidade e cultura, relatividade do conceito de distúrbio mental, classificações psiquiátricas populares ("folk"), síndromes vinculados à cultura e identificação e tratamento das perturbações mentais quer do ponto de vista médico ou do popular ("folk"), não serão aqui discutidos. Máxime quando tais questionamentos envolvem áreas de reconhecida importância no que tange à polêmica da padronização cultural das condições mentais.

A Abordagem do Ponto de Vista Médico.

Esta abordagem se baseia no caráter universal do sistema nervoso humano..... Por razões da fundamentação biológica dessas teorias relacionadas com a abordagem médica, elas procuram, basicamente, descrever uma condição "pan-humana", condição essa que independe das diferenças culturais. A evidência científica para muitas destas abordagens é bastante convincente.

As manifestações afetivas têm sido relacionadas com as funções do sistema límbico, ... Muitos dos chamados comportamentos instintivos, tais como o comer, o brigar, o ter medo, e o desejo sexual, são mediados por essas estruturas... / estruturas subcorticais a servirem como um substrato para as emoções .....
A análise consciente do valor da manifestação afetiva, tal como ela ocorre na realidade, é um fenômeno cortical.....
O sistema nervoso autônomo sofre também ativação nos estados afetivos através das conexões hipotalâmicas com vistas à mudança das funções das vísceras orgânicas — tais como a pulsação, a respiração e o tono vascular. Outras estruturas límbicas dão origem a mudanças de expressões faciais — tais como sorriso, franzimento de cenho, medos ou certas posturas corporais como no caso de gestos que traduzam ataque ou fuga.

Papez foi o primeiro a identificar e propor a trajetória da expressão das manifestações afetivas nos seres humanos. Ele observou que a captação emocional do ambiente é canalizada para a região do hipocampo proveniente de diversas áreas corticais sensoriais .....

Sendo assim,

Os movimentos coordenados do corpo se manifestam através de diversas interações com os sistemas motores corticais e subcorticais, os quais determinam a postura da pes-

soa e a sua expressão corporal, bem como sensações que ela reconhece a nível de consciência.

Darwin, em 1872, elaborou a proposição da universalidade das expressões faciais de afetividade. Mais recentemente, Ekman e Friesen levantaram a hipótese de que esses universais podem ser mesmo detectados na relação existente entre os movimentos dos músculos faciais em certos sentimentos distintos e os afetos específicos correspondentes — tais como felicidade, tristeza, raiva, medo, surpresa, repugnância e atração e interesses vários. Eles reconheceram, porém, que a cultura pode controlar certos comportamentos faciais, bem como os estímulos que provocam e trazem à tona as muitas emoções associadas às expressões faciais.

. . . . . .

No que diz respeito à lingüística e à semântica, até mesmo a expressão da terminologia das emoções parece apresentar semelhanças humanas básicas pluriculturais, tais como descrevem Osgood e outros.

. . . . . .

Que, na medicina do ocidente, as várias emoções são, sem dúvida alguma, de caráter universal, e que elas, as emoções, são reconhecíveis como susceptíveis de serem expressas de maneira normal — e pluriculturalmente falando — essa é uma hipótese básica na conceituação das manifestações afetivas. Além disso, a extrema carência de afetividade, ou o excesso de afetividade são também detectáveis a nível pluricultural. Assim, tais como identificados por psiquiatras, os sintomas de distúrbios das manifestações afetivas são considerados fundamentais a essas condições psicopatológicas, não importa onde ocorram elas.

Uma proposição básica dessa abordagem médica sustenta a assertiva de que as manifestações de afetividade humana são vivenciadas da mesma maneira em circunstâncias similares por indivíduos, e como tais reconhecidas universalmente, quaisquer que sejam os seus "backgrounds" culturais. Além do mais, as perturbações de natureza afetiva, quer sejam na direção do excesso ou de diminuição, são, de maneira semelhante, experimentadas e identificadas como tais, por indivíduos que se assemelham, não importando o "background" cultural. A implicação dessa perspectiva é que afetos fazem parte da totalidade biológica do homem e são reduzíveis, em

instância última, a fenômenos estruturais ou químicos no sistema nervoso central.

Dessa posição surgiu muita pesquisa frutífera a nível pluricultural mediante a utilização de categorias tais como aquelas dispostas nos DSMIII, DSMII, e "Classificação Internacionais de Doenças Mentais" ("International Classification of Diseases") e noutros sistemas semelhantes de diagnose. Este tipo de pesquisa é freqüentemente 'epidemiológico' por natureza e visa a comparar índices de incidência e prevalência de perturbações afetivas em diferentes culturas. As variações encontradas de uma cultura para outra são então relacionadas a fatores culturais, sócio-econômicos, ou ambientais. Embora esses estudos possam ser de grande valor heurístico, eles não estão desprovidos de dificuldades sérias visto que a identificação e a manifestação da afetividade podem variar consideravelmente, de uma sociedade para outra.

A Abordagem Cultural.

Os resultados são confusos e controversos no tocante a tentativas para examinar a ocorrência ou a freqüência com que as manifestações de distúrbios afetivos surgem nas culturas não ocidentais — como sói ser o caso da depressão.

Como doença, a depressão básica é, por acaso, experimentada e relatada de modo diferente em ambientes culturais diversos? A depressão por tristeza ("sad depression") estaria porventura relacionada com a formação de um superego rígido, plenamente interiorizado, e assim encontrado somente na sociedade ocidental — em contraste com as outras reações tais como a vergonha, a somatização, a agressão, o suicídio, as quais são encontradas em outros ambientes culturais?

. . . . . .

[Com o intuito de responder a essas indagações, segue-se uma série de avaliações, revisão da literatura da atualidade científica e de pesquisas recentes, visando a consubstanciar o assunto.] (Z.S.V.C.)

. . . . . .

Estudos realizados na Índia demonstraram ser a ansiedade e a depressão os tipos predominantes de neurose lá encontrados. As neuroses de histeria, de fobias e de despersonalização são pouco freqüentes, e as neuroses obsessivo-compulsivas não existem. Queixas de fundo somático junto à ansie-

dade e tristeza são os sintomas mais freqüentes dos pacientes com depressão. Isso serve para confirmar o trabalho de Murphy e outros a afirmar que, em sociedade outras que não a "euro-americana", a depressão tende a se apresentar de forma somática, com um baixo índice de ideação suicida, ou sentimentos de desespero e de inutilidade.

A noção de "equivalentes depressivos" surgiu da idéia de que depressões em disfarce [ou depressões mascaradas] predominam nos países em desenvolvimento e nas camadas sociais mais baixas das sociedades ocidentais modernas. Por "equivalentes depressivos" entendem-se somatizações que se refletem em qualquer parte do corpo e em qualquer sistema fisiológico. Num estudo levado a efeito por Ionescu-Tongyonk em Bangkok, 84% dos orientais manifestaram a depressão por somatização, enquanto que 66% dos ocidentais apresentaram equivalentes depressivos semelhantes.

Visto que a somatização é tão comumente encontrada em quadros depressivos em culturas outras que não a norte-americana e a européia, foi até ventilada a idéia de que sintomas somáticos fazem parte de um complexo básico de sintomas depressivos não vinculados à cultura [numa idéia de universais biológicos]. Outrossim, **mutatis mutandis**, depressões ocasionadas por complexo de culpa ou sentimento de vergonha tais como os encontrados em ambientes europeus e americanos são apropriadamente consideradas síndromes vinculadas à cultura!

Sem acesso a mensurações neurobiológicas básicas da depressão, o clínico fundamenta o seu diagnóstico num complexo de sintomas. As dificuldades desse método de enfrentar o problema são assaz evidentes. No caso de um conjunto de sintomas se manifestar por sintomas somáticos em algumas sociedades, por "pecado e culpa" e outras, e por "vergonha e suicídio" em ainda outras sociedades, seria tudo isso a mesma única doença, ou seja, a depressão? Ou se trata de lidar, talvez, com três diferentes síndromes vinculadas à cultura?

É possível estabelecer uma analogia com o reconhecimento e registro de outros tipos de "doenças médicas". O bóssio hipotiróideo endêmico encontrado nas grandes altitudes é considerado pelos membros de algumas sociedades como uma doença desfigurante a requerer intervenção médica e

poder ser considerado noutras sociedades como um indicador de participação grupal e até mesmo de beleza. Eis um bom exemplo.

Um argumento básico a interligar todos aqueles estudos acerca das manifestações da depressão diz respeito ao fato de que existe um alto índice de desordens de fundo histérico e uma freqüência baixa de depressão verdadeira naquelas sociedades onde o controle social é gerado entre pessoas com ênfase no "envergonhar-se" objetivando controle [grupal], e igual ênfase em regras comportamentais externas. Ao passo que, nas sociedades hodiernas, a ênfase em complexo de culpa, na identificação e interiorização de valores religiosos e éticos, resulta em índices mais altos de depressão.

A Abordagem Etnopsiquiátrica

A abordagem etnopsiquiátrica põe menor ênfase nos universais biológicos humanos e se concentra mais nas classificações individuais e de natureza "folk" no tocante às manifestações afetivas e suas disfunções.

O emprego de abordagens etnopsiquiátricas vem fornecendo dados enriquecedores e trazendo sérias dúvidas às noções já mencionadas no tocante à universalidade das manifestações da afetividade humana. Esta linha de pesquisa é mais recente e dá a impressão de abrir a caixa de Pandora do relativismo cultural. Entretanto, um exame mais cuidadoso leva a apontar novos caminhos com vistas a um tratamento mais eficaz dos pacientes e que venha a merecer a aquiescência do próprio paciente ao seu regime de tratamento.

São muitos os estudos etnopsiquiátricos relatados por profissionais do Oriente e de culturas outras não ocidentais, aplicados às suas próprias culturas. Exemplos desse fato são os relatos de Takeo-Doi sobre alguns conceitos de manifestações afetivas entre os japoneses.

. . . . . .

[Passa o autor a explicar esses estudos que dizem respeito a sentimentos que caracterizam a personalidade do japonês, quais sejam, o "**amai**", o "**kodawari**", o "**sumani**".] Z.S.V.C.

. . . . . .

Um outro estudo etnocientífico foi elaborado por Jean Briggs que passou 17 meses morando com uma família es-

quimó. Ela constatou a existência da relatividade cultural entre as manifestações de afetividade e as palavras com conotação emocional.

. . . . . .

Os exemplos de Doi e Briggs indicam claramente as dificuldades em tentar encaixar um sistema de classificação de modelos médicos em percepções de sentimentos e relacionamentos humanos que são experimentados, identificados e definidos de uma maneira **sui generis** por cada cultura. Muitos desses sistemas classificatórios são tão sutis e complexos quanto os existentes nas sociedades ocidentais. Por um lado, o diagnóstico de "depressão" pode implicar num rótulo demasiadamente genérico para apresentar alguma precisão ou aplicação em culturas diferentes das nossas. Por outro lado, conceitos como "**amai**" e "**ihuma**" são igualmente **sui generis** em relação às suas respectivas áreas culturais, não podendo ser usados para fins comparativos.

. . . . . .

George Devereux conviveu com os índios Mohave do sudoeste dos Estados Unidos e pesquisou as respectivas categorias etnopsiquiátricas patológicas e suas respectivas técnicas de tratamento.

. . . . . .

O trabalho de Devereux é um estudo "êmico" clássico e fornece, mais uma vez, uma compreensão íntima acerca da envergadura e da profundidade do pensamento psicológico de um povo que possui um sistema de compreensão do mundo bastante diferente do nosso.

RESUMO

Três foram as principais abordagens aqui discutidas no que diz respeito à compreensão da afetividade e de suas perturbações nos seres humanos assim vistos numa perspectiva pluricultural. O modelo dito médico pressupõe os universais biológicos e cognitivos básicos. Já o modelo cultural concentra seu interesse nas variações através das quais a afetividade e suas manifestações patológicas se manifestam nas diferentes sociedades. O etnopsiquiátrico, ou a abordagem "êmica", visa a descobrir as classificações "folk" baseadas em realidades específicas significativas e em sistemas cognitivos de um determinado grupo cultural.

São bastante diferentes os critérios informativos oriundos de cada um desses modelos e, às vezes, não se justapõem. Entretanto, as informações oriundas de cada um desses modelos podem ser, na prática, de grande valor em aliviar os sintomas. O ponto de vista médico tem condições de esquematizar fatores ambientais, culturais ou sócio-econômicos que podem ser aliviados e, dessa forma, diminuir eventualmente os problemas de ordem afetiva.

Deve haver muitas pessoas que apresentam sintomas de moléstias essencialmente da alçada da medicina de maneiras **sui generis** e culturalmente estereotipadas que, quando reconhecidas, podem também indicar diagnósticos e tratamentos mais precisos no cenário não "euro-americano". Um dos fatores mais importantes quanto a essa dificuldade na consecução do tratamento deve ser encontrado precisamente nas diferenças entre o modelo médico científico de diagnóstico e o tratamento da doença segundo as realidades do nosso mundo empírico moderno em contraste com os modelos do mundo e emoções e ações humanas que são encontradas entre muitas pessoas nos países em desenvolvimento.

Segundo o que foi visto, muitos desses modelos não possuem correspondentes completos no modelo médico ocidental. Na realidade, muitos dos modelos mencionados tornam-se difíceis de serem por nós completamente compreendidos e apreciados. Na melhor das hipóteses, ao explicá-los em detalhes, devemos ser capazes de apreciar o poder da cultura em determinar se o que o paciente sente é uma doença, quem e quais os meios que o paciente utiliza para o tratamento. Além disso, devemos encontrar os motivos pelos quais o paciente concorda ou não com os medicamentos indicados pela medicina ocidental.

Nas áreas onde os modelos de medicina popular ("folk") de um modo geral são variantes conceituais dos modelos médicos do ocidente, uma compreensão verdadeira do relacionamento médico-paciente será dificultada e o tratamento se tornará, conseqüentemente, mais difícil. O modelo etnopsiquiátrico indica o modo mais eficiente de realização dos tratamentos científicos da medicina nos países em desenvolvimento e a serem aplicados no caso de imigrantes nas culturas ocidentais.

Se as realidades cognitivas do sistema popular ("folk") forem bem compreendidas, os aspectos desse sistema podem

realmente ser proveitosamente utilizados e encorporados à prestação de cuidados médicos adequados. Além disso, onde houver discrepâncias entre os modelos médico e o popular ("folk"), poder-se-ão instituir programas no sentido de tornar os pacientes familiarizados com o modelo médico num esforço de modificar seus sistemas para que correspondam mais àqueles que nós quase que aceitamos como práticas corretas incontestes.